

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1901-1902. — N° 167

DE
L'AMPUTATION ET DE LA DÉSARTICULATION
Des Métatarsiens

DANS LES
OSTÉITES TUBERCULEUSES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 23 Juillet 1902

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Léon GONOT

Né le 19 Septembre 1874, à Dôle (Jura)



LYON
ASSOCIATION TYPOGRAPHIQUE

Rue de la Barre, 12. — F. PLAN, Directeur

—
1902

DE
L'AMPUTATION ET DE LA DÉARTICULATION
Des Métatarsiens
DANS LES
OSTÉITES TUBERCULEUSES



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1901-1902. — N° 167

DE
L'AMPUTATION ET DE LA DÉSARTICULATION
Des Métatarsiens

DANS LES
OSTÉITES TUBERCULEUSES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 23 Juillet 1902

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Léon GONOT

Né le 19 Septembre 1874, à Dôle (Jura)



LYON
ASSOCIATION TYPOGRAPHIQUE

Rue de la Barre, 12. — F. PLAN, Directeur

—
1902

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET.	DOYEN.
LACASSAGNE.	ASSESEUR.
CROLAS.	QUESTEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	{	MM. LÉPINE. BONDET. BARD. PONCET. JABOULAY.
Cliniques chirurgicales		FOCHIER. GAYET.
Clinique obstétricale et Accouchements.		GAILLETON.
Clinique ophthalmologique		PIERRET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		WEILL.
Clinique des maladies mentales.		MONOYER.
Clinique des maladies des enfants.		HUGOUNENQ.
Physique médicale.		CAZENEUVE.
Chimie médicale et pharmaceutique.		FLORENCE.
Chimie organique et Toxicologie.		LORTET.
Matière médicale et Botanique.		TESTUT.
Parasitologie.		RENAUT.
Anatomie.		MORAT.
Anatomie générale et Histologie.		TEISSIER.
Physiologie.		AUGAGNEUR.
Pathologie interne.		MAYET.
Pathologie externe.		TRIPPIER.
Pathologie et Thérapeutique générales.		POLLOSSON (Maurice).
Anatomie pathologique.		ARLOING.
Médecine opératoire.		LACASSAGNE.
Médecine expérimentale et comparée.		COURMONT (J.).
Médecine légale.		SOULIER.
Hygiène.		CROLAS.
Thérapeutique.		
Pharmacologie.		

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des maladies des femmes. M. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Maladies des voies urinaires.	MM. CHANDELUX,	agrégé
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS,	—
Propédeutique médicale	ROQUE,	—
Propédeutique chirurgicale	ROLLET	—
Propédeutique de gynécologie.	CONDAMIN,	—
Anatomie pathologique	DEVIC,	—
Physiologie.	DOYON,	—
Accouchements.	FABRE,	—
Botanique.	BEAUVISAGE,	—
Hydrologie et matières alimentaires	CAUSSE, Dr ès-sciences.	

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	VALLAS.	NOVÉ-JOSSERAND.	CHATIN.
ROUX.	SIRAUD.	BERARD.	VILLARD.
COLLET.	DURAND.	SAMBUC.	TIXIER.
BOYER.	PIC.	BORDIER.	FABRE.
BARRAL.	PAVIOT.	COURMONT (P.)	REGAUD.
MOREAU.			

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. PONCET, Président; M. VALLAS, Assesseur;
MM. BÉRARD et VILLARD, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

A MA MARRAINE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR A. PONCET

*Professeur de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu
Chevalier de la Légion d'honneur*

A MES MAÎTRES

PLAN

CHAPITRE I. — Aperçu très général et très bref de la tuberculose du pied.

CHAPITRE II. — Données anatomiques sur la région métatarsienne et description de l'ostéite tuberculeuse des métatarsiens.

CHAPITRE III. — Observations.

CHAPITRE IV. — Discussion des observations et choix de l'intervention.

CHAPITRE V. — Conclusions.

INTRODUCTION

Le sujet de ce travail nous a été indiqué par M. le Professeur Poncet, dont nous avons pendant trois ans suivi le service et les cliniques. Nous sommes heureux de dire ici, que ses leçons nous resteront toujours gravées dans la mémoire et que nous l'assurons de notre plus respectueuse déférence.

Arrivé au terme de nos études, nous éprouvons un vif plaisir à remercier ici ceux de nos maîtres qui se sont intéressés à nous.

De gros ennuis auxquels la maladie est venue s'adjoindre nous ont causé bien des revers. Aujourd'hui, tout est passé, grâce aux soins aussi dévoués que désintéressés d'une famille pour toujours amie, qui saura se reconnaître dans ces quelques lignes, grâce aussi à nos maîtres qui nous ont sans cesse encouragé.

Nous n'oublierons jamais l'extrême bienveillance de M. le Professeur agrégé Paviot, Médecin des Hôpitaux, lequel n'a cessé de nous entourer de ses excellents conseils et de ses soins éclairés. Nous sommes heureux de l'assurer ici de notre respectueuse sympathie et de notre entier dévouement.

MM. les Professeurs agrégés, *Rochet, Bérard, Pic*, Chirurgiens et Médecin des Hôpitaux, n'ont cessé de nous témoigner un intérêt tout particulier dont nous avons le droit d'être fier. Nous remercions ces maîtres dévoués et emportons d'eux un souvenir durable.

Nous adressons également nos plus vifs remerciements à M. le Professeur agrégé *Vallas*, Chirurgien des Hôpitaux, qui a mis à notre disposition la plupart des observations consignées dans notre travail et ce, avec la plus grande amabilité.

M. le Docteur *Thevenot*, chef de clinique chirurgicale, a dirigé le plan de notre ouvrage et nous a communiqué des notes personnelles concernant les synoviales et bourses séreuses. Nous sommes d'autant plus heureux de le remercier vivement que nous avons toujours trouvé auprès de lui le plus charmant accueil.

M. le Docteur *Gagey*, Médecin de l'Hôpital de Dôle, ne saurait être oublié. Les soins paternels qu'il nous a donnés en 98, les visites qu'il nous a fait suivre à l'Hôpital pendant nos vacances, les leçons pratiques qu'il nous a données en allant voir avec lui, la clientèle de la ville et de la campagne, la vive amitié qu'il a toujours témoignée à mes chers parents m'imposent un devoir bien doux à remplir, celui de le remercier par notre inaltérable sympathie.

DE L'AMPUTATION ET DE LA DÉSARTICULATION

Des Métatarsiens

DANS LES OSTÉITES TUBERCULEUSES

CHAPITRE I.

La tuberculose du pied est une affection qui offre un caractère spécial. Quel que soit le point de départ, la lésion bacillaire a une grande tendance à la diffusion, et peut rapidement occuper le pied tout entier. Aussi, ne perdrons-nous jamais de vue ce point capital. Lui seul, non seulement, nous gênera pour faire le diagnostic, mais encore nous rendra très méfiant pour le pronostic, et nous guidera dans le choix de notre intervention. Ch. Audry, dans sa thèse, répartit 104 cas qu'il a observés de la façon suivante :

16 fois les lésions ont été primitivement synoviales.

104 fois, elles ont eu un point de départ osseux.

14 fois, les lésions ont eu une origine incertaine. La tuberculose ostéale, comme on voit, est de beaucoup la plus fréquente.

Si le point de départ réside dans les synoviales, il est rare de voir les surfaces osseuses absolument intactes, il y a une trop grande intimité anatomique pour qu'il en soit autrement.

Dans d'autres cas, la lésion a eu un point de départ osseux, et alors, elle va porter sur les os les plus exposés, soit aux traumatismes, soit à la fatigue qui résulte de la marche ou de la station debout, ce sont l'astragale, le calcaneum, les métatarsiens.

Une telle constatation n'a pas, par elle-même une grosse importance, car, vu la rapidité de la diffusion, il est impossible d'être fixé sur le point de départ de la lésion.

Si, des faits étiologiques on passe aux faits cliniques, nous envisagerons deux formes de tuberculoses : l'une, postérieure, à point de départ astragalien, ou calcanéen, ou résidant dans l'articulation commune à ces deux os. Décrite par nombre d'auteurs et, en particulier, par Ch. Audry, dans sa thèse, nous n'insisterons pas ici. Disons seulement qu'il s'agit ici, de bacillose résidant au niveau des gros os du pied et aussi dans des articulations suffisamment développées. C'est une affection bien connue, et bien étudiée.

Le second type d'ostéite tuberculeuse du pied est le type tarsien antérieur, à point de départ métatarsien. Cette forme offre des caractères particuliers et oblige le chirurgien à se prononcer sur le genre

d'intervention le plus pratique. Nous l'étudierons dans le chapitre suivant.

Nous résumons l'ensemble de l'ostéite bacillaire du pied, en nous appuyant sur la thèse d'Audry.

Ch. Audry, dans sa thèse, se basant sur 104 observations a pu rapporter le foyer initial.

14 fois à la mortaise et aux malléoles.

10 — au tibia.

4 — au péroné.

18 — à l'astragale.

37 — au calcaneum.

3 — au cuboïde.

3 — au scaphoïde.

3 — à l'un des cunéiformes.

26 — à l'un des métatarsiens.

1 — à la première phalange du gros orteil.

Ce tableau résume à lui seul l'idée qu'on peut se faire de la répartition des foyers.

Vue d'ensemble, la tuberculose du pied offre une grande difficulté de diagnostic précis. Les lésions sont tellement multiples que leur étendue est souvent difficile à prévoir d'après les seuls phénomènes cliniques. Au début de l'affection, le malade se montre rarement au chirurgien, il n'arrive que porteur d'un gros pied, on le dirait en feu, le malade éprouve une douleur suivie d'un gonflement plus ou moins accentué au niveau de sa lésion, il éprouve une certaine gêne dans la marche, etc. Il sera presque impossible, dans ce cas, en portant le diagnostic d'ostéite bacillaire, de bien délimiter le champ pathologique. Ollier a indiqué la difficulté de diagnostiquer les

limites de la lésion dans les ostéo-arthrites fongueuses. Debove et Bouilly ont prouvé qu'il y avait abondance de bacilles dans des régions voisines de l'os malade et ayant l'apparence de tissus sains. De plus, il faut se méfier de la récurrence, un mécompte n'est pas impossible même au cours d'une large intervention. Voici d'ailleurs ce que dit Trélat :

« Vous faites un évidemment osseux, vous avez
« appliqué la bande d'Esmarch, et vous y voyez
« clair; vous croyez l'opération complète, l'os offre
« à votre vue l'aspect, à vos instruments la résis-
« tance de l'os sain. Dans ces conditions si rassu-
« rantes en apparence, vous pouvez vous être trompé,
« parce qu'il existait sur les confins de votre champ
« opératoire, des lésions que rien ne vous permettait
« de reconnaître, ni votre œil, ni vos instruments
« pas plus que vous ne pouvez deviner qu'une poutre
« brûle sous votre plancher intact. »

CHAPITRE II.

Avant d'aborder la question de l'ostéite bacillaire localisée aux métatarsiens, nous avons consacré quelques pages sur les données anatomiques qui concernent les os, les gaines synoviales et les bourses séreuses.

Le 1^{er} métatarsien présente une facette articulaire en forme de croissant et en rapport avec le 1^{er} cunéiforme; en avant et au-dessus d'elle se trouve une autre facette pour l'articulation du 2^e métatarsien; enfin, à son extrémité inférieure, le 1^{er} métatarsien présente, du côté de la région plantaire, deux rainures antéro-postérieures destinées aux os sésamoïdes. Signalons encore l'apophyse de cet os, sur laquelle s'insère le tendon du long péronier latéral.

Le 2^e métatarsien présente, en arrière, une surface articulaire répondant au 2^e cunéiforme; sur le côté interne de cette extrémité postérieure, on remarque une première facette pour le 1^{er} cunéiforme, et en avant de celle-ci, une 2^e facette pour le 1^{er} méta-

tarsien ; sur le côté, une gouttière rugueuse séparant deux facettes articulaires, divisées elles-mêmes en deux facettes secondaires ; les deux postérieures répondent au 3^e cunéiforme, les deux antérieures au 3^e métatarsien.

Le 3^e métatarsien présente :

1^o Une facette triangulaire, située en arrière et s'articulant avec le 3^e cunéiforme ;

2^o Deux facettes articulaires répondant aux deux facettes similaires du 2^e métatarsien ;

3^o En dehors, une seule facette, plane ou ovale, pour le 4^e métatarsien.

L'extrémité postérieure du 4^e métatarsien s'articule avec le cuboïde ; deux autres facettes, situées sur le côté interne, correspondent, l'une au 3^e métatarsien, l'autre au 3^e cunéiforme. Le côté externe comprend un petit plateau destiné à l'articulation du 5^e métatarsien.

Enfin, le 5^e métatarsien est en rapport direct avec le cuboïde, et le métatarsien précédant ; cet os présente, en outre, une apophyse sur laquelle s'insère le tendon du court péronier latéral.

Les métatarsiens diffèrent entre eux par leur mode de développement. Il est important de le rappeler à cause de la physionomie spéciale qu'ils impriment aux ostéites et des conséquences opératoires qu'ils entraînent. Tous ces cas se développent bien par deux points d'ossification, l'un pour le corps et l'autre pour l'une des extrémités. Mais tandis que, pour le 1^{er} métatarsien, l'épiphyse est en arrière, pour les quatre autres, elle est en avant ; le 1^{er} métatarsien est,

de par sa structure, une véritable phalange. La conclusion à tirer de ces faits est que sur cet os, la région principalement disposée aux inflammations aiguës, spontanées, dans la période de croissance, sera la région juxta-épiphysaire. Celle-ci se trouve donc en arrière, au voisinage du 1^{er} cunéiforme, alors que, pour les autres, elle est en avant, près de l'articulation métatarso-phalangienne.

Les bourses séreuses sont aponévrotiques et se trouvent en deux endroits : 1° à l'origine ou à l'insertion des tendons entre eux et l'os; elles servent alors de coussinets lorsque la traction des muscles antagonistes presse le tendon contre les plans sous-jacents; 2° le tendon glisse sur une saillie osseuse ou sous un ligament, ou bien deux tendons se croisent et glissent, en frottant l'un sur l'autre. Les bourses de cette espèce sont manifestement créées pour amoindrir le frottement.

Synoviales, gaines tendineuses, os, toutes ces parties qui constituent la région qui nous occupe ont entre elles le voisinage le plus rapproché. Telle ou telle synoviale est appliquée contre telle ou telle épiphyse osseuse. L'os pris, la synoviale le sera secondairement, et, en généralisant le fait aux autres articulations, nous comprendrons facilement la tendance de l'affection à la diffusion.

Examinons maintenant les principales gaines synoviales tendineuses du pied.

Gaines de l'extenseur commun des orteils : Elle est recouverte en haut par la face profonde du ligament annulaire, en dedans, elle est en rapport avec la

pédieuse et la gaine de l'extenseur propre du gros orteil, dont elle est séparée par un espace triangulaire à base inférieure, elle se termine au niveau de l'articulation du scaphoïde avec le 3^e cunéiforme par un rebord mousse.

Gaine de l'extenseur propre du gros orteil : Située entre la précédente et la gaine du jambier antérieur, elle dépasse peu le bord supérieur du ligament annulaire, et descend en bas jusqu'à 3 c. m. de l'articulation métatarso-phalangienne.

Elle recouvre en partie dans sa moitié supérieure l'artère pédieuse.

Gaine du muscle jambier antérieur : Cette gaine est logée entre la gaine précédente en dehors, le tibia contre lequel elle est appliquée, en dedans, elle se termine au niveau de l'articulation astragalo-scaphoïdienne. Son tendon s'insère près de l'articulation métatarso-cunéenne dont la synoviale envoie un petit cul de sac, entourant ce tendon et pouvant s'ouvrir dans la synoviale tendineuse.

Gaine du jambier postérieur occupe la coulisse fibreuse du bord postérieur de la malléole interne, elle est plus volumineuse que celle de l'extenseur du gros orteil; elle commence à l'union du tibia avec la malléole interne, et se termine presque au niveau de l'insertion du tendon à la tubérosité du scaphoïde, elle est fortement appliquée contre l'os par la partie interne du ligament annulaire.

Gaine du long fléchisseur des orteils. — Elle finit à 1 c. m. au devant de l'articulation du scaphoïde avec le 1^{er} cunéiforme, est appliquée à la face posté-

rieure et intermédiaire du tendon et serrée contre la précédente, dont la sépare une cloison aponévrotique.

Gaine du long fléchisseur du gros orteil. — Appliquée à la face postérieure des muscles profonds, elle est séparée des tendons d'Achille par de la graisse. Elle commence à la naissance du tendon et se porte dans la voûte calcanéenne, au-dessus et un peu en dedans du tendon du fléchisseur commun dont elle est séparée par les vaisseaux et les nerfs. Enfin, elle croise à angle aigu la gaine du fléchisseur commun. Ces deux gaines se croisent fréquemment, mais la première ne communique jamais avec la gaine du jambier postérieur.

Gaine des péroniers latéraux. — Elle est commune en haut sur une longueur de 2 c. m. environ, puis se bifurque en deux parties : l'une, accompagne le court péronier latéral jusqu'à 2 c.m. de son insertion osseuse ; l'autre accompagne le long péronier latéral jusqu'à son os sésamoïde.

Restent les gaines phalangiennes, qui sont indépendantes de celles des fléchisseurs et qui vont de l'insertion du tendon jusqu'à l'articulation métatarso-phalangienne.

A ces données anatomiques, nous ajouterons ce fait que, le pied, dans son ensemble, regarde le sol par sa voûte plantaire. Celle-ci repose sur trois piliers, sur trois talons : l'un postérieur ou pilier calcanéen, les deux autres, formés par la tête de deux métatarsiens, l'antéro-externe par la tête du 5^e, l'antéro-interne par la tête du 1^{er}. La conclusion à tirer de cette constatation est la suivante : Le 1^{er} et 4^e méta-

tarsiens ont une importance beaucoup plus considérable que les trois autres, surtout au point de vue de la conduite à tenir quand ces os sont atteints d'ostéite bacillaire. Le 1^{er} est le plus souvent atteint. Ch. Audry, dans une statistique portant sur 27 cas, a trouvé que le foyer occupait 21 fois le 1^{er} métatarsien et une seule fois une phalange. Cet os est d'ailleurs l'un des plus volumineux et des plus importants du pied. Son extrémité antérieure, constitue le principal point d'appui de la voute plantaire. C'est cette extrémité qui, dans la station debout, comme aussi pour la propulsion du corps en avant pour la marche, supporte une grande partie du poids du corps. Aucun os voisin n'est autant soumis aux chocs plus ou moins violents des corps étrangers, et par suite, plus que tous les autres il est disposé aux affections découlant des chocs extérieurs. Attaqué par la tuberculose, le 1^{er} métatarsien pourra être envahi dans son étendue car nous savons d'une part la grande fréquence des ostéo arthrites métatarso-phalangienne entraînant naturellement des altérations secondaires profondes de la phalange, et d'autre part, la situation de l'épiphyse à l'extrémité postérieure de cet os.

Considéré comme une phalange, on a désigné aussi sous le nom de *spinaventosa* (*spina* invoquant l'idée de la douleur comparée à celle d'une piqûre d'épine, *ventosa*, exprimant la boursouffure de l'os) l'ostéite tuberculeuse de cet os. Quand il s'agit de l'articulation métatarso-phalangienne, on observe le

plus souvent (1) de véritables petites tumeurs blanches susceptibles d'acquérir un développement notable et qui doivent au degré qu'elles peuvent atteindre et à leur localisation anatomique autant d'intérêt que de gravité.

Les phénomènes pathologiques sont les mêmes que ceux de l'orteil tuberculeux en général. Il y a de la douleur correspondant à la région prise, la tuméfaction fusiforme de l'os malade. Ces parties molles, les gaines qui sont aussi envahies peuvent contribuer au gonflement que l'on observe, mais il y a surtout l'épaississement du périoste. Dans quelques points, celui-ci peut être décollé; on aperçoit alors un os blanc jaunâtre, nécrosé. L'abcès se forme et s'écoule au dehors par une fistule. Examinez le trajet fistuleux sur un malade, et vous verrez votre stylet pénétrer jusque dans le canal médullaire, et buter contre de petits séquestres. Plus tard, nous aurons des perforations et les bourgeons fongueux envahiront les tissus avoisinants. C'est ainsi que, secondairement, les gaines des tendons seront altérées.

Au point de vue fonctionnel, « l'orteil peut subir des déformations considérables; il se subluxe généralement en arrière, et en bas, glissant sur la face inférieure du métatarsien, il se trouve ainsi fixé par la contracture des muscles, en cou de cygne, en marteau, la phalange fléchie sur la phalange pathologiquement étendue; il en résulte que le sujet ne peut plus s'appuyer sur son talon antéro-interne;

(1) CH. AUDRY, th. de Lyon.

il marche sur le bord interne du pied qui se met en varus et un peu en talus. La gêne fonctionnelle est ainsi égale à celle qui est provoquée par l'inflammation des grandes articulations du pied. »

Telle est brièvement décrite l'ostéite tuberculeuse des métatarsiens. Ce serait entrer dans des répétitions inutiles que de décrire chacun d'eux. Nous avons préféré insister sur la tuberculose du 1^{er}, car c'est le plus important, et c'est lui le plus souvent atteint. Le 5^e métatarsien l'est rarement et d'ailleurs, les lésions comme la gêne fonctionnelle qui en résulte sont faciles à prévoir. Comme le premier, c'est un os qui fatigue beaucoup : que l'on fasse une intervention limitée sur de pareils os, si par malheur il est resté le plus petit point bacillaire, ces os de par leurs relations constantes avec le sol pendant la marche ou la station debout, de par les chocs auxquels ils sont exposés, et de par leur état de moindre résistance, ces os vont redevenir malades, il y aura récurrence et c'est ce qui explique notre méfiance au sujet de la réserve que le chirurgien peut s'imposer soit dans un but orthopédique, soit en acceptant la conservation comme méthode de choix.

Pour les trois autres métatarsiens, il y a diffusion également des processus tuberculeux et par suite propagation aux os du voisinage. C'est ainsi que le malade opéré par M. Bérard (obs. VIII) présentait une tuberculose s'étendant aux cunéiformes, au scaphoïde et au cuboïde, en un mot, sur tout le tarse antérieur.

Concluons donc, comme dans notre premier

chapitre que la tuberculose localisée aux métatarsiens ne présente pas de grandes difficultés au point de vue diagnostic ostéite bacillaire, mais que celui-ci est rendu très délicat et devient presque impossible sur ce qui concerne l'étendue des lésions, les limites du champ pathologique.

CHAPITRE III.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

X..., 24 ans. Cette malade entre à l'Hôtel-Dieu le 11 mars 1901, pour une lésion inflammatoire du pied droit siégeant au niveau du premier métatarsien. Elle ne peut donner aucun renseignement sur ses antécédents héréditaires.

Personnellement, la malade n'a jamais eu un tempérament très vigoureux ; cependant elle n'a eu aucune maladie avant celle pour laquelle elle entre à l'hôpital. Aucune tendance à s'enrhumer, pas de stigmates de tuberculose. Elle s'est mariée, il y a deux ans, et, a accouché, il y a vingt jours, d'une petite fille bien portante. Spécificité possible venant du mari.

Il y a un an et demi, à peu près, sans causes ni prodromes, elle fut atteinte, brusquement, d'une douleur au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil droit. Cette douleur fut rapidement suivie d'un gonflement assez marqué, qui perça spontanément au bout de quelques jours. Le gonflement et la douleur persistèrent sans cependant empêcher la malade de marcher, mais, elle maigrit et s'affaiblit considérablement.

Pendant sa grossesse, le gonflement ayant augmenté, un médecin fit une incision et pratiqua un drainage. Il s'écoula du sang et du pus.

Voyant qu'aucune amélioration n'avait lieu, elle se décida d'entrer à l'Hôtel-Dieu.

A l'examen : L'ensemble du pied droit est assez volumineux, par suite d'un œdème remontant au niveau de l'articulation tibio-tarsienne. L'articulation métatarso-phalangienne, présente un gonflement assez régulier, au niveau duquel la peau est amincie, rouge et enflammée. On y constate deux ulcérations consécutives au coup de bistouri donné, et, par lesquelles s'échappe un peu de pus.

Au toucher, on a une légère sensation de fluctuation. L'exploration du 1^{er} métatarsien montre un épaississement considérable dans toute son étendue. La pression est peu douloureuse. La phalange du gros orteil est également très épaissie. Celui-ci est très mobile, plus mobile même que normalement. Les mouvements sont indolores, sans craquements, mais la pression de la phalange sur le métatarsien est très douloureuse.

Ganglions dans l'aîne.

État général assez bon.

On porte le diagnostic d'ostéo-arthrite probablement bacillaire de l'articulation métatarso-phalangienne. Une intervention est jugée nécessaire, mais, ignorant l'étendue des lésions, on hésite entre une résection et une désarticulation.

Opération : faite le 15 mai par M. le professeur Poncet. La malade est anesthésiée à l'éther. Une incision met à jour des tissus infiltrés, un empâtement des parties molles et une hypertrophie osseuse paraissant se prolonger plus loin que le simple examen ne pouvait le faire soupçonner.

La désarticulation est décidée, puis pratiquée par la méthode en raquette.

Les lésions sont surtout osseuses et périarticulaires ; l'articulation elle-même est peu malade, le métatarsien présente de l'exagération de volume, des fongosités.

OBSERVATION II.

Y..., tonnelier, 42 ans, entre à l'Hôtel-Dieu pour une lésion siégeant au niveau du premier métatarsien gauche.

Comme antécédents héréditaires : Père mort à 70 ans d'une pneumonie. Deux frères âgés de 40 et 36 ans. L'un, dit le malade, est atteint d'un cancer de l'intestin, l'autre est en bonne santé ; une sœur âgée de 33 ans et une autre morte à 11 mois.

Marié à 33 ans, le malade a une petite fille bien portante. A part les fièvres éruptives de l'enfance, Y..., comme antécédents personnels ne présente pas d'affections sérieuses. Ni spécificité, ni alcoolisme.

Il y a deux ans, traumatisme de la main, (contusion avec suppuration consécutive). La suppuration guérit au bout de trois semaines.

Le 7 mai 1901, le malade entre à l'hôpital, pour une affection qui a débuté petit à petit, il y a six mois environ, par de la douleur assez obtuse. La chaussure gêne le malade au niveau du gros orteil gauche, il ne peut plus appuyer le pied de ce côté; celui-ci est enflé, et la marche devenue de plus en plus difficile.

L'état général est assez bon, cependant l'appétit est un peu diminué; il y a un peu de constipation, le malade n'a pas maigri, ne tousse pas. L'auscultation ne révèle rien au cœur ni aux poumons. Le pied gauche est enflé d'une manière générale. Le 1^{er} métatarsien paraît augmenté de volume, et, à 1 c.m. environ de son extrémité postérieure, on sent un abcès nettement fluctuant. Les tissus sont empâtés au niveau du tarse jusqu'au 3^e métatarsien; les 3^e, 4^e et 5^e métatarsiens paraissent indemnes. Le malade est très gêné dans sa marche, forcé qu'il est de ne s'appuyer que sur le bord externe du pied.

On trouve des ganglions dans l'aîne.

On porte le diagnostic d'ostéo-arthrite du 1^{er} métatarsien gauche, et l'on se décide à pratiquer une intervention.

L'opération se fait le 15 mai 1901, M. le Professeur Poncet pratique l'ablation du 1^{er} métatarsien

gauche après incision typique de la méthode en raquette. Les tendons sont sectionnés et le métatarsien enlevé à la rugine ainsi que le 1^{er} cunéiforme. Les os sont très gros, le 1^{er} métatarsien est augmenté de volume d'une façon considérable. L'articulation du 1^{er} cunéiforme avec la partie postérieure du 1^{er} métatarsien offre le maximum de lésions. Le périoste est épaissi, et on remarque un tubercule à la partie postérieure du 1^{er} métatarsien.

Le scaphoïde a été enlevé secondairement.

Le 20 juillet, opération extra-périostée de Syme avec section du tendon d'Achille, et suture des tendons antérieurs avec la coque calcanéenne. Les malléoles qui étaient raréfiées ont été sectionnées; le cartilage articulaire du tibia et du péroné a été enlevé. Après cautérisation, tamponnement de la plaie et deux drains.

Le 20 août, M. Delore est obligé d'inciser un abcès. Le malade avait un très bon moignon et dès le 5^e mois avait pu marcher. Mais, à partir de cette époque, bien que la marche fut possible, le malade ressentait un point douloureux siégeant dans le moignon, un peu en avant et en dehors.

M. Delore dut pratiquer une incision à ce niveau, le 1^{er} juin 1902 et constata la présence d'un petit foyer fongueux, sans ostéite. Il fit une résection extra-périostée, les lésions furent largement enlevées et cautérisées.

OBSERVATION III.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé VALLAS).

A..., mécanicien, a eu la fièvre typhoïde, il y a deux ans. Au sortir de sa maladie (août 1898), on lui incisa un abcès posttyphoïdique sur la face antérieure de l'avant-bras (pansement Saint-Louis). Depuis, le malade a eu une pleurésie gauche.

Entré le 1^{er} mai dans le service de M. Vallas. Il y a quatre mois, un abcès apparaît sur le dos de la main gauche, près de la 4^e articulation métacarpo-phalangienne. Le malade continue à travailler et l'abcès perce laissant une fistule. A peu près, à la même époque, douleur et gonflement des articulations du coude et de la tibio-tasienne, surtout de la droite qui est très rouge et très chaude. Amaigrissement un peu marqué, mais bon appétit, pas de toux, état général bon.

Opération le 9 mai, par M. Vallas; incision sur la gaine des péroniers, et résection de la dernière phalange du gros orteil. Résection de l'extrémité supérieure du 1^{er} métacarpien droit.

Le malade va à la campagne pour soigner son état général.

OBSERVATION IV.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé VALLAS).

B..., tisseur, entre le 28 mai 18.. pour un spina ventosa du gros orteil gauche. Le 1^{er} juin, incisions

sur le trajet des fistules (face interne, externe et supérieure du gros orteil). Curetage, la 1^{re} phalange s'élimine en partie il en reste un petit fragment.

Thermo-cautérisation. Drainage à la gaze iodoformée : le 12 juillet, le malade part guéri, la cicatrisation est parfaite; pas de fistule.

OBSERVATION V.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé VALLAS).

C..., cette malade entre le 7 mai 1901 pour une ostéo-arthrite tuberculeuse de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil droit. Elle raconte qu'elle s'est donnée un coup à la face interne du pied droit, et depuis, dit-elle, son pied fut toujours douloureux et la marche pénible. Depuis janvier, le gros orteil et le métatarsien sont tuméfiés. La peau est rouge, tendre, et la marche est impossible. Il y a là un foyer de suppuration qui donne. Les mouvements sont nuls dans l'articulation; de plus, la malade tousse beaucoup et présente même des signes de bacilliose.

Opération : 16 mars. Résection de la tête du 1^{er} métatarsien; l'articulation est remplie de fongosités; le cartilage articulaire est rongé par elles. Pas de lésions osseuses, cautérisation au thermo-cautère.

22 avril : ouverture d'un abcès de l'articulation métatarso-phalangienne.

20 mai : amputation du gros orteil; le 25 juillet, sortie et cicatrisation.

OBSERVATOIN VI.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé VALLAS.)

D..., 21 ans; entre le 16 juin 1897; ne paraît pas avoir d'antécédents bacillaires ni personnels ni dans la famille. Il y a un an, le malade dit s'être fait une entorse du pied gauche, légère d'ailleurs, puisqu'il continue à marcher. Cependant, la douleur persista, et, six mois après l'accident, apparut sur le dos du pied gauche, dans sa portion la plus externe, de la tuméfaction. La région était un peu rouge, douleur assez vive pendant la marche, sans pour cela nécessiter le repos. Il y a deux mois qu'apparurent au niveau du 5° métatarsien, sur le dos du pied, deux saillies rougeâtres ou plutôt rouge violacées, qui s'ouvrirent il y a un mois et demi et laissèrent passer du pus. Actuellement, dans la même région, persistent ces tuméfactions rouge violacées, de dimension d'une pièce de 2 francs chacune. Le sommet est ulcéré et, à la pression, il sort du pus jaunâtre. D'ailleurs, toute la région du pied est tuméfiée et empâtée, mais c'est en dehors qu'elle l'est le plus.

La douleur à la pression est très vive au niveau du 5° métatarsien, au point où la tuméfaction est ulcérée. Il est difficile, par la douleur provoquée, de se renseigner sur l'état des lésions, car le malade dit qu'il souffre partout, aussi bien au niveau des métatarsiens que des os du tarse. Cependant, les mouvements de l'articulation tibio-tarsienne ne sont pas

douloureux. Ceux de l'articulation médio-tarsienne provoquent, au contraire, de vives douleurs, surtout dans la région plantaire.

Opération le 22 juin par M. Vallas.

Ablation du 4^e métatarsien moins l'extrémité antérieure.

Ablation du 5^e métatarsien moins l'extrémité postérieure.

Curetage au thermo; la plaie est en bonne voie de guérison; suppuration presque tarie.

OBSERVATION VII.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé VALLAS).

E... entre le 10 mars 1899. Il y a trois mois, a eu une entorse. Il y a trois semaines, apparaît sur le dos du pied, du gonflement, en même temps que de la douleur. Gêne à la marche. Douleur aux mouvements et à la pression. Point douloureux au niveau de l'articulation métatarso-cunéenne (1^{er}). On enlève au ciseau de Mac-Even la partie postérieure du 1^{er} métatarsien. Le cunéiforme semble sain.

Thermo-cautérisation des fongosités, drainage à la gaze. Plaie cicatrisée; le malade ne souffre plus et peut marcher.

E... entre de nouveau dans le service, le 12 juin 1899, pour une ostéite du 1^{er} métatarsien. Il souffre surtout à ce niveau et sur le côté externe du pied.

Le 15 juin, incision, résection de la partie posté-

rieure du 1^{er} métatarsien, cautérisation au thermo-cautère, drainage.

Le 22 juillet, le malade, qui venait de Longchêne, y retourne. Il peut se servir un peu de son pied.

Le 26 décembre 1901, le malade rentre de nouveau. On lui fait une résection de l'articulation du 1^{er} métatarsien avec le cunéiforme (pied droit). Il se présente à nouveau, parce qu'il persiste à son pied une fistule avec un peu de suppuration. État général peu satisfaisant.

On propose au malade l'amputation de l'avant-pied ; il refuse et quitte le service le 8 janvier.

Le 21 février 1902, il revient à l'Hôtel-Dieu. Le pied droit est toujours resté douloureux depuis sa dernière intervention. La douleur est surtout localisée au niveau du gros orteil.

Actuellement le 1^{er} métatarsien droit est épaissi, irrégulier de forme, très douloureux au niveau de sa tête, à la face interne et plantaire.

Petite fistule à bords concaves, à la hauteur de la tête du métatarsien, siège d'une suppuration abondante.

Le malade passe en médecine. (Tuberculose pulmonaire avancée.)

OBSERVATION VIII.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé BÉRARD).

F..., 40 ans environ, entre en 1898 à l'Hôtel-Dieu pour une tuberculose du 2^e métatarsien avec gonfle-

ment du dos du pied dans la région correspondante. Le malade éprouve une vive douleur à la pression, et une gêne considérable depuis un mois; il ne peut ni se chausser ni marcher. En 1898, il est traité par des pointes de feu et de l'immobilisation. Amélioration passagère, le malade rentre chez lui, mais, ayant repris la marche, la douleur recommence, le gonflement s'étend en arrière, du côté du tarse antérieur. Le malade revient à l'Hôtel-Dieu. A ce moment, on constate la présence d'un abcès sur le dos du pied au niveau de l'articulation tarso-métatarsienne.

Le 24 février 1899, M. Bérard pratique alors l'ablation du métatarsien malade. Par l'extension des lésions, M. Bérard est conduit à faire une tarsectomie antérieure totale; c'est-à-dire, enlever les trois cunéiformes, le scaphoïde et le cuboïde. Les suites immédiates sont bonnes, le malade reste en convalescence à l'hôpital jusqu'au 9 septembre.

A cette époque, on retrouve un pied à peu près cicatrisé, indolore, mais inutilisable encore pour la marche. L'axe du pied est légèrement dévié en dedans.

OBSERVATION IX.

(Prise à la clinique de M. le Professeur PONCET).

Homme âgé de 28 ans. Les lésions ont débuté au pied droit, il y a 7 mois, par des douleurs bientôt suivies de gonflement. Il y a 2 mois, il se produisit 2 fistules; l'une, à la partie interne, sur le dos du pied, l'autre regarde le 5^e métatarsien. Actuellement,

on constate, outre ces 2 fistules bordées de fongosités, un énorme épaissement du tarse antérieur, localisé surtout sur le scaphoïde, le cunéiforme et le 1^{er} métatarsien. Les lésions sont telles, qu'on propose au malade la désarticulation du pied par la méthode de Syme. Le lambeau de cette opération pouvait, à ce moment, être excellent. M. Delore, pratique alors une tarsectomie antérieure par 3 incisions : interne, externe et médiane. Le scaphoïde, le cunéiforme, le cuboïde sont raréfiés, les articulations métatarso-cunéennes sont également envahies. Il existe enfin un gros paquet fongueux dans la médio-tarsienne. Il est nécessaire de réséquer la tête de l'astragale et la grande apophyse du calcanéum. Les surfaces articulaires sont dépourvues de cartilages. Après la cautérisation de la plaie, celle-ci est bourrée de gaze et drainée.

Le 18 septembre 1901, les suites opératoires ont été très simples et apyrétiques, et cependant, le pied est actuellement fongueux.

La tibio-tarsienne est envahie de même que toutes les gaines du cou de pied par des fongosités vasculaires énormes, et quelques abcès froids (2 cavités d'abcès froids), M. Delore pratique alors une amputation sus malléolaire extra-périostée avec lambeau de Syme. Le trait de scie passe à 3 centimètres au-dessus du plateau articulaire ; toutes les graisses doivent être disséquées.

Après thermocautérisation, le malade est pansé à plat, drainé, puis une mèche de gaze est mise dans la plaie après quelques points de suture.

En mars 1902, le malade part à Longchêne, avec un état général parfait et un résultat satisfaisant. Après avoir subi cependant, des grattages de trainées fongueuses qui partaient de la plaie et remontaient au-dessus de celle-ci, jusqu'au tiers supérieur de la jambe, on doit encore, en mai 1902, enlever au malade de gros ganglions inguinaux, atteints de tuberculose fistuleuse.

Le 1^{er} juillet, le malade va bien.

CHAPITRE IV.

De tout temps, les chirurgiens ont été divisés en deux camps. Les uns prétendaient qu'il ne fallait jamais opérer un tuberculeux, ou bien qu'il ne valait pas la peine de les amputer; les autres passaient outre, et prétendaient obtenir des succès durables chez les tuberculeux, et quelquefois même les guérir par l'amputation.

De nos jours, cette divergence de vue n'existe plus, et, des deux opinions, c'est celle de l'intervention qui a triomphé. Et d'abord, le chirurgien est à son aise pour opérer aujourd'hui, grâce à la méthode antiseptique. Celle-ci en réduisant à leur minimum les dangers du traumatisme, permet d'intervenir dans une foule de circonstances où la plus élémentaire prudence forçait autrefois le chirurgien de s'abstenir. Aujourd'hui aussi, notre conduite est de ne jamais

laisser aller les malades jusqu'à l'épuisement et l'intoxication qui résultent des suppurations articulaires.

Il faut enlever les foyers tuberculeux, parce que ces foyers servent à l'élaboration du foyer et sont le point de départ de l'infection secondaire des organes restés sains jusqu'alors; de plus opérer hâtivement, c'est soustraire le malade aux causes d'affaiblissement qui résultent d'une suppuration chronique.

Ceci posé, reste encore une question sérieuse à résoudre. Quel genre d'opération, choisirons-nous? Si l'on se reporte aux observations qui font l'objet du chapitre précédent on remarquera, d'une manière générale, que toute intervention limitée n'a pas donné ce que l'on pouvait espérer, il y a eu récurrence, et ces nouvelles poussées de tuberculose, ou bien ont trouvé un état général douteux, ou bien ont été la conséquence d'une insuffisance opératoire. D'autre part, connaître l'état actuel des malades en ce qui concerne leur santé, le fonctionnement du pied et l'état de la cicatrisation serait pour nous, un auxiliaire sérieux. Malheureusement, les malades mentionnés plus haut, habitant tous Lyon, et malgré nos recherches et nos correspondances, nous n'avons obtenu que peu de renseignements.

Nous avons appris que la malade consignée dans l'observation V, était morte après avoir beaucoup souffert; nous avons vu personnellement le malade de l'observation II, il y a quelque temps à l'Hôtel-Dieu. Sa cicatrice était absolument fermée, il est revenu pour une douleur siégeant au niveau de son

extrémité inférieure de la jambe, douleur qui était d'origine nerveuse par compression et qui n'avait aucune parenté avec la douleur éprouvée par le malade avant l'intervention subie par lui. L'état général est bon ; les autres malades ne nous ont pas répondu, sauf celui de l'observation VIII, traité à deux reprises par M. Bérard. (Opération tarsectonné antérieure totale.)

Cet homme a été opéré en 1899, pour la seconde fois. Nous avons eu de ses nouvelles ces jours derniers. Depuis un an, les plaies de son pied sont complètement guéries. Le malade ne souffre plus, il ne ressent plus de douleur même légère en aucun point. Seulement sa jambe est faible, elle a très peu de forces, cependant le malade reconnaît qu'il peut un peu s'appuyer sur le pied. Les béquilles lui sont indispensables. Il trouve un changement notable depuis l'intervention qu'il a subie. Son état général est satisfaisant.

Nous aurions bien voulu obtenir des renseignements analogues chez les autres malades, nous avons expliqué plus haut l'inutilité de nos recherches, voyons maintenant ce que nous sommes en droit d'espérer après une amputation ou une désarticulation.

Nous ne signalerons qu'en passant le traitement non sanglant des osteites ou ostéo-arthrites tuberculeuses, qui consiste en badigeonnages iodés, vésicatoires, immobilisation *temporaire*. Cette thérapeutique est non seulement insuffisante, mais elle fait perdre encore un temps précieux au chirurgien.

Nous ne ferons que mentionner également les cautérisations obtenues par les caustiques ou le fer rouge. Ce n'est guère qu'au *début* d'une ostéo-arthrite manifestée *seulement* par des zones *localisées* de douleur et de gonflement qu'on peut y penser après incision préalable au bistouri; mais, le plus souvent, les lésions sont diffuses, les désordres sont plus ou moins étendus, les foyers plus ou moins larges, et il faut intervenir largement aussi : Il est bien entendu ici que nous ne parlons que de l'adulte, car l'enfant, lui, n'a pas besoin de grandes et larges interventions.

La résection est une opération qui a pour but d'enlever à un os une partie suffisante de sa constitution propre pour qu'il y ait déformation. Une telle intervention, habilement pratiquée, a pu donner des résultats, mais en général, elle est insuffisante.

L'amputation est-elle supérieure à la résection? Oui, elle est préférable, on va déjà plus loin, on enlève une portion tout entière de l'os malade, on dépasse même les limites du mal.

Ollier (*Rev. de Chirurgie*, 85), parlant de l'amputation, disait :

« L'amputation est certainement l'opération qui
« fournira les guérisons les plus sûres et les plus
« durables; dans les ostéo-arthrites tuberculeuses,
« on enlève tout d'un coup tous les tissus malades,
« on ne laisse rien dans l'os qui puisse repulluler et
« infecter de nouveau l'économie. On se met à l'abri
« des accidents de l'auto-inoculation. »

D'autre part, dans une communication à la Société de médecine de Lyon, le même auteur disait :

« Les amputations doivent être préférées aux ré-
« sections dans les formes graves de la tuberculose
« articulaire, surtout pour les lésions des membres
« inférieurs. On doit y recourir lorsqu'il importe de
« supprimer sans retard une suppuration menaçante
« pour la vie.

« En principe, les amputations mettent plus à
« l'abri de l'infection secondaire que les résections,
« mais elles ne constituent jamais une opération
« radicale. Ces ganglions, profonds et inaccessibles,
« déjà envahis par la tuberculose, subsistent dans
« l'un et l'autre cas. »

Par l'amputation, vous enlevez à l'os malade la portion touchée, mais vous en laissez une autre qui vous paraît saine, de par sa résistance et son aspect, et qui peut très bien ne pas l'être.

Par la désarticulation, vous enlevez non seulement le foyer, mais l'os en entier. Cette ostéite qui donne ce gros pied, gonflé, tuméfié, douloureux, est un incendie que l'on circonscrit en dépassant les limites du feu pour mieux l'éteindre.

Nous avons dit que, comme fréquence, le 1^{er} métatarsien était le plus souvent atteint, aussi, beaucoup de chirurgiens ont-ils signalé de nombreuses méthodes de désarticulation de cet os. Les opérateurs d'autrefois désarticulaient le 1^{er} métatarsien en divisant les segments osseux, suivant un X, un T ou un H.

Lisfranc mettait l'os à nu et taillait un lambeau par transfixion. Ce procédé avait le grave incon-

vénient de donner une cicatrice plantaire, comprimée par la marche et gênant celle-ci.

Langenbeck préférerait l'incision ovalaire pure à cicatrice dorsale.

Velpeau conseillait de tailler un lambeau interne. Quand la plante du pied n'est pas trop altérée, dit-il, une incision conduite le long du bord interne du pied, depuis le niveau de l'articulation postérieure jusqu'au bourrelet sous-phalangien, permet de détacher toute l'épaisseur de la plante du pied pour en faire un lambeau qui reste adhérent par toute l'étendue de son bord interne. On fait une deuxième incision allant d'une extrémité à l'autre de la première, en croisant très obliquement sur la première commissure inter-digitale. On a ainsi une plaie très régulière, un lambeau épaissi et large, qui n'entame pas la plante du pied et qui se moule exactement sur le côté externe de la solution de continuité.

Dubreuil ne s'en tient pas à une simple incision sur le bord interne du pied, il fait remonter l'incision sur l'extrémité tarsienne de l'os et la fait descendre ensuite, un peu en arrière de l'articulation métatarso-phalangienne jusque sur la face interne du 1^{er} cunéiforme. Pour lui, ce moyen permet plus facilement de séparer l'os des parties molles et de l'enlever.

Pour nous, la meilleure méthode, bien connue d'ailleurs, est la méthode de la désarticulation sous-périostée par la méthode en raquette. Nous ne rappelons la technique opératoire que pour mémoire seulement.

On taille une raquette ordinaire à queue dorsale,

suivant l'axe du métatarsien. On a soin de tailler cette raquette comme pour une simple désarticulation du gros orteil, c'est-à-dire, en apparence trop longue, son bord antérieur suivant le pli de flexion.

Le point essentiel est d'arriver directement sur le métatarsien même, sur son périoste qu'on incise jusqu'au niveau du point où doit porter la section osseuse, toujours oblique d'ailleurs, et indiquée par l'étendue des lésions. Dans tous les cas il faut attacher une grande importance à l'étendue, à l'épaisseur du lambeau. Alors même que la peau est fistuleuse, et un peu décollée, il vaut mieux la conserver au prix d'un curage ou d'une cautérisation que de la sacrifier.

Une fois sur le métatarsien, avec le détache tendon, on décortique soigneusement le périoste de la tête métatarsienne, on fait la toilette du lambeau, et on suture sur un drain.

Le résultat d'une telle opération est « d'obtenir un moignon beaucoup mieux matelassé qu'avec une désarticulation ordinaire; la saillie, souvent douloureuse, du cunéiforme est évitée. Cet os se perd dans la masse des parties molles, et se continue avec un prolongement ostéo-fibreux très appréciable chez de jeunes sujets. Lorsque le 1^{er} métatarsien est enlevé, le point d'appui se fait sur le second ». (Ollier).

Si nous avons insisté sur la désarticulation du 1^{er} métatarsien, c'est que de toutes les variétés métatarsiennes elle est, de beaucoup, la plus intéressante.

Moins importante est la désarticulation sur les 2, 3 et 4^e os de la rangée, ces faits sont plus rares, et

la désarticulation de ces os se fait au moyen de procédés qu'il est inutile de rappeler ici, tant ils sont connus.

Quant au 5° métatarsien, il est, après le gros orteil, le plus important au point de vue de la constitution du pied. Une fois enlevé, les points d'appui du bord externe ont lieu sur la tête du 4° métatarsien en avant et sur le cuboïde, en arrière. La désarticulation sous-périostée de cet os aura cet avantage : il se formera, dans la gaine périostique, une tige osseuse ou ostéo-fibreuse, qui renforcera le bord externe du pied, limitera son atrophie et matelassera en bas et en dehors, les nouveaux points d'appui du pied.

En résumé, nous donnons nos préférences à un traitement économique chez l'enfant, mais par contre chez l'adulte, nous sommes partisans d'une intervention large, et nous la trouvons dans la désarticulation.

Et chez le vieillard ? Quelle conduite doit-on tenir ? N'y a-t-il pas danger pour le vieillard de lui faire subir une opération grave. Dans les deux autres cas, on a des tissus jeunes ayant grande tendance à la cicatrisation et à la réparation, mais chez le vieillard, le tableau change complètement. On aura un organisme « *minoris resistentiæ* », pour un rein graisseux, sclérosé, des organes génito-urinaires fonctionnant mal soit par cystite, soit par une hypertrophie de la prostate. Souvent le foie est cirrhotique. En pareille circonstance, toute idée de

traumatisme opératoire devrait être écartée. Eh bien non, le contraire a lieu.

Mollière établissant un parallèle entre la tuberculose du pied chez les enfants des adultes et des vieillards, disait : « Chez les enfants, c'est par les os que débute, le plus souvent, la tuberculose. Ceux-ci se tuméfient, deviennent douloureux, la peau rougit, s'ulcère et une fistule s'ouvre. Les articulations, séparées du foyer osseux par une épaisse couche de cartilage, ne sont souvent que tardivement enflammées. La guérison spontanée est fréquente. »

Chez les adolescents, la tuberculose est plus diffuse et a des tendances à frapper un plus grand nombre d'os du tarse.

« Les ostéo-arthrites tuberculeuses du pied sont toujours graves, et, outre le danger qui résulte du voisinage, d'autres articulations permettant à la maladie de se propager rapidement, la guérison spontanée est difficile, et la grande majorité des lésions ne guérissent pas sans intervention; elles prennent en effet rapidement une marche suraiguë chez le vieillard, et il importe de ne pas s'attarder à un traitement conservateur. »

En effet, ce n'est pas une raison offerte par la moindre résistance qui doit nous empêcher d'intervenir, à moins, bien entendu, qu'on se trouve en présence d'un état général mauvais. Il faut débarasser le vieillard le plus tôt possible; on doit opérer à la hâte et ne pas hésiter à soumettre le malade à l'idée d'une amputation. Généralement, en face d'une semblable proposition, le malade quitte rapidement

le service en se demandant si le chirurgien ne s'est pas trompé en lui parlant ainsi. Eh bien, non, la désarticulation est la seule intervention logique ; plus et mieux que l'amputation, elle peut éviter à l'intéressé les chances d'un Syme, résultat d'une insuffisance opératoire.

Nous aurons terminé ce bien modeste travail quand nous aurons dit, que toute intervention en matière tuberculeuse doit être suivie d'un traitement médical répondant à l'état général des malades. Chez l'enfant, nous savons que le séjour au bord de la mer (hôpital de Berck, par exemple) rend, dans la plupart des cas, des services signalés. Placés dans ces conditions, l'enfant s'améliore, engraisse, et l'on constate souvent chez lui, la guérison des lésions locales se produisant spontanément et la suppuration qui tarit.

Chez l'adulte, comme chez le vieillard, il faudra leur faire quitter l'hôpital le plus tôt possible. Aussi hygiénique que puisse être ce lieu, il ne peut égaler la campagne qui, tout en distrayant les malades, les place dans de meilleures conditions respiratoires. C'est ainsi que nous aurons plus de succès sur un habitant de la campagne que chez un citadin qui sort de l'hôpital pour rentrer dans un logement privé d'une quantité suffisante de lumière et d'air. A plus forte raison, l'espoir de guérison reste-t-il aux malades qui pourront bénéficier d'un sanatorium.

L'huile de foie de morue, les préparations créosotées, le fer, l'arsenic, etc., les amers entreront dans la thérapeutique médicale du tuberculeux. Ces

derniers stimuleront l'appétit que l'on satisfera par une nourriture saine, tonique et reconstituante.

En résumé, si l'on examine l'ostéite tuberculeuse depuis l'enfance jusqu'à la vieillesse, on conclut que chez l'enfant il y a lieu d'être conservateur. Chez les autres, il vaut mieux se hâter et intervenir largement. Il vaut mieux intervenir d'emblée que d'être obligé de recourir plus tard à un Syme.

CONCLUSIONS

I. La tuberculose des métatarsiens, comme celle du pied, présente des lésions plus étendues que ne le font supposer les seuls phénomènes cliniques.

II. En présence d'une ostéite bacillaire métatarsienne, il faut intervenir d'emblée et le plus tôt possible.

III. Chez l'adulte, l'intervention ne doit pas être limitée, même pour une lésion minime. Si l'on s'arrête à l'amputation, il faut, dans ce cas, à la moindre récurrence, recourir à la désarticulation.

IV. Chez le vieillard, la désarticulation s'impose d'emblée, bienheureux si nous pouvons tout enlever sans recourir à l'opération de Syme.

V. Quelle que soit la nature de l'intervention, le procédé d'opération n'a pas grande importance ; l'opération devra être complétée par la destruction de toutes les parties molles, qu'elles soient enlevées au

bistouri ou à la curette, ou qu'elles soient profondément modifiées par le fer rouge.

Le pronostic sera réservé en présence des insuccès d'une intervention limitée.

VI. Les neuf observations que nous avons pu rassembler nous montrent justement qu'une guérison immédiate ne met pas forcément à l'abri des accidents ultérieurs. Dans bien des cas, des complications d'ordre général, ou des récidives locales, ramèneront le malade à l'hôpital, et si le chirurgien se préoccupe de sauver la fonction, son premier devoir est de sauver l'état général du sujet.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

A. PONCET.

Vu :

LE DOYEN,
LORTET.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR,
PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
G. COMPAYRÉ.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

DUPLAY ET RECLUS, vol. II. — Affections non traumatiques des os, par A. Poncet.

CH. AUDRY. — Tuberculose du pied (Thèse de Lyon, 1890).

M. GANGOLPHE. — Maladies infectieuses et parasitaires des os, 1894.

PICQUÉ ET MAUCLAIRE. — Thérapeutique chirurgicale des maladies des articulations, Paris, 1895.

PH. MAUCLAIRE. — Des différentes sortes d'ostéoarthrites tuberculeuses (Thèse de Paris, 1893).

A. PONCET. — In thèse de Vigerie (Lyon, 1893).

OLLIER. — Traité des résections, vol I. et III.

LEROUX. — Des amputations et des résections chez les phtisiques (Thèse de Paris, 1880).

Lyon Médical, 11 avril 1883. Des amputations et des résections chez les tuberculeux.

BLUM. — Chirurgie du pied.

NÉLATON. — Recherches sur l'affection tuberculeuse des os (Thèse de Paris, 1836).

GOETZ. — Études sur le spina ventosa (Thèse de Paris, 1877).

GOSSELIN. — Art. Ostéite, in Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, 1873.

PARROT. — Du spina ventosa (Gazette médicale de Paris, 1880).

LANNELONGUE. — Absès froids et tuberculose osseuse, 1881.

KOENIG. — La tuberculose des os et des articulations (traduction française de P. Lebrecht, Paris, 1885).

DUBUISSON. — Essai sur les altérations du premier métatarsien, Paris, 1878.

TESTUT. — Traité d'anatomie, Lyon, vol. I.

VINCENT. — Ostéopathies scrofulo-tuberculeuses (Encyclopédie internationale de chirurgie, t. IV, p. 322).

DELBET ET LE DENTU.

AUCOUTURIER. — Contribution à l'étude de résections des métatarsiens et des phalanges des orteils, Lyon, 1899-1900.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Plan.....	7
Introduction.....	9
Chapitre I.....	11
— II.....	15
— III. — Observations.....	25
— IV.....	39
Conclusions.....	51
Index bibliographique.....	53
